



**AUTORIZACION PARA PROVEER
INFORMACION DE RECLAMOS**
(para ser completada por el trabajador)

Número de reclamo.

Este formulario tiene que estar completado totalmente

Yo, _____, autorizo a la siguiente persona como
mi representante _____

Nombre del representante autorizado - (use letra de imprenta)

Dirección

Número de teléfono

Ciudad

Estado

Código postal+4

Por favor marque las cajas apropiadas.

- Yo autorizo que le provean el expediente de mi reclamo al representante indicado arriba, para que lo revise.
- Yo autorizo que envíen por correo el expediente de mi reclamo, cheques y correspondencia de esta fecha en adelante, a la dirección del representante autorizado indicado arriba.
- Yo autorizo que **solamente le provean la siguiente información** (al representante autorizado) del expediente de mi reclamo: *(por ejemplo, "todos los datos no-médicos", "el exámen del panel de Feb 4, 1977", etc.* por favor indique aquí esta información limitada:
- Yo estoy autorizando que provean información sobre enfermedad transmitida sexualmente (STD), si hay alguna, como definido en la ley del estado.

Esta autorización se mantendrá en efecto HASTA QUE SEA REVOCADA POR ESCRITO por el reclamante.

Fecha

Teléfono

Dirección del trabajador

Ciudad

Código postal

Firma del trabajador